1934. VI (červiec). LWÓW, PRAHA, BEOGRAD, SOFJA. Tom I. Nr. 7.

SŁOVIAŃSKA STOMATOLOGJA

ORGAN ZVIĄZKU SŁOVIAŃSKICH STOMATOLOGÓV I LEKAŘY DENT.

vychodzi jako Dodatek do „Polskiej Stomatologji" — Lwów i „Zubni Lékařstvi" — Praha — v niestałych odstępach času.

REDAKTOŘY: Prof. Dr. A. Cieszyński — Lwów, Polska - Zielona 5 a.
Doc. Dr. Frant. Neuwirt, Praha XII, Č. S. R. — Fochova 64
i Dr. Náprstek, Praha XI, Č. S. R. — Husova 24 b.

Członkovie Zviązku Słoviańskich Stomatologóv i abonenci „Polskiej Stomatologji" oraz „Zubni lekařstvi" otřymują pismo to bezpłatnie.

Cena niniejšego numeru dla nieabonentóv 1.30 zł = 5 K. čs. = 0,15 dolara vraz z přesyłką počtovą.

Nr. 7 drukovany jest ve Lwowie.

STREŠČENIE VYKŁADÓV*)
vygłošonych na I. Zjeździe Słov. Stom. i VI. polskim Zjeździe Stomatologóv v Poznaniu dn. 12—15 IX 1933 r.

(Ciąg dalšy)

PARODONTOZY.

Gorczyński (Lwów). Klinične zmiany okolicy parodontalnej v niektórych schořeniach vevnętřnych. Referent observował značną ilość překadków internistyčnych, v których stvierdził zmiany okolicy parodontalnej raz z tovařyšącem ropieniem lub też bez niego. Celem tych observacyj była chęć stvierdzenia, čy nie zachodzi jakaś korrelacja pomiędzy schořeniem vevnętřnem a tovařyšącemi zmianami v okolicy parodontalnej.

Referent cały badany materjał zestavił v odpoviednie grupy. Z zestavienia tego zauvažyć možna, že ciężkie postacie paradentozy tovařyšą zazvyčaj chorobom o charakteře chroničnym, a v ščególności dotyčy to schořeń, v których přemiana materji jest upośledzona.
(Č = tekst česki.)

Černý (Praha). Obloučková korunka a choroby paradentia. Obloučková korunka správně a přesně provedená neskýtá nebespeči pro okolni tkaně; docházi-li k patologickým projevům v marginalním paradentiu, jest hledati příčinu v dispozici okolních tkání, sklonu opatřeného korunkou, sekundár-

*) Referaty nadesłane přez autoróv v całości drukovane będą „in extenso" v pismach stomatologičnych polskich: „Polska Stomatologja", „Przegląd Dentystyczny", „Kronika dentystyczna" i piśmie českiem: „Zubni lekarstvi".

nim kazu pod korunkou, nedokonalém styku mezi sousedními zuby a zejména počinající paradentose.

(Č)

Náprstek (Praha). Návrh na prevenci depozit marginálního kalkulu. Zubni kámen jest jednou z lokálních etiologických složek paradentitid. Nejbližši pevné plochy u vývodů slinných žlaz jsou jakýmisi krystalisačními body pro usazování se konkrementů. Položi-li se mezi vývody slin, žlaz a nejbližši zubni plošky pevná hráz, zachycuje zubní kámen. Proto jest dbáti i toho, aby při konstrukci protes byl, je-li to možno, veden takovýto zachycovač zubního kamene apikálně od okraje dásňového.

Meissner (Warszawa). Sprava trauma přy paradentozie. Obraz chorobovy ujęty nic nie mówiącą nazvą „paradentoza" jest zespołem zmian chorobovych, v otočeniu zęba vyvołanych 1. nadmiernem mechaničnem trauma, přeciążeniem zęba z povodu zabuřenia róvnovagi pomiędzy čynnością zęba i jego anatomičną budovą, zależnie od stopnia odporności otačającej tkanki, oraz 2. stanem zapalnym miejsca dotkniętego urazem v niehigjeničnych varunkach jamy ustnej.

Istotnym więc čynnikiem „paradentozy" jest mechanične trauma, stale się povtařające, o nieznačnem napięciu, převlekle, trvające nieraz długie lata, często navet niezauvažone přez chorego.

Infekcja bakterjami, mieščącemi się v jamie ustnej, z objavami mniejšego lub większego stanu zapalnego parodontalnego jest momentem dodatkovym chociaž često tovařyšącym spravie traumatyčnej.

Zmiany anatomopatologične, vyvołane chroničnem trauma występują v třech formach: 1. vyraźnej atrofji traumatyčnej (stopień najlžejšy); 2. rozšeřonych načyń krvionośnych v obrębie tkanki dotkniętej urazem; 3. rany dekubitalnej vkoło zęba, vyvołanej zmiażdženiem vzględnie převvaniem tkanki (stopień najcięžšy).

Povyžsze formy mechaničnego trauma provadzą ostatečnie do atrofji všystkich varstv vyrostka zębodołovego z objavami rozchviania się i vrešcie vypadania zębów.

Infekcja komplikująca přeciążenie zęba występuje pod třema postaciami: ostrego, podostrego i převlekłego zapalenia.

Najčęściej spotykamy stan zapalny převlekły granulacyjny, obejmujący všystkie varstvy tkanki parodontalnej oraz stan podostry zapalny z objavami nieznačnego ropienia i bólu vokoło zęba, natomiast v řadkich tylko přypadkach pojavia się ostry stan zapalny klinične jako ostre zapalenie dziąseł i šluzóvki jamy ustnej. Zmiany lokalne v jamie ustnej są v ścisłej zależności od ogólnego stanu zdrovia chorego.

Všystkie boviem zmiany chorobove v organiźmie ludzkim tak vrodzone jak i nabyte, tak ogólne jak i pošcególnych nařądów obnižają mniej lub więcej granicę vytřymałości tkanki otačającej ząb jako całości lub niektórych tylko składovych jej čęści np. načyń krvionośnych i učulając okolicę parodontalną čynią ją vražlivą na uškodzenia lokalne. Badanie chorych dotkniętych atrofją traumatyčną vyrostka zębodołovego povinno być tak miejscove jak i ogólne.

Lečenie będzie lokalne i ogólne zależnie od vyniku badań.

Lokalne lečenie v jamie ustnej dzieli się na lečenie trauma (přeciążenia zęba) i stanu zapalnego.

Přy lečeniu trauma dążymy do přyvrócenia pravidłovych varunków zgryzovych (Linja Spee'a).

Cel osiągamy zapomocą dopiłovania poviečhni žującej zębóv. Přy brakach v uzębieniu vypełniamy všystkie luki vedług vspółčesnych zasad nauki.

Lečenie stanu zapalnego ma na względzie vprovadzenie higjeničnych varunków v jamie ustnej zapomocą usuvania kamienia i osadu nazębnego sposobem ekskochleacji. Tak ujęte lečenie sprav parodontalnych trva zvykle kilka do kilkunastu dni.

Zęby vylecone vzmacniają się. V značnym stopniu přyčyniają się do tego bliznovate zmiany v tkance otačającej ząb. Dziąsło oddzielone od zęba kiešonką — po vylečeniu přylega ściśle do kořenia zęba.

Lečenie ogólnego stanu zdrovia koniečne po dokładnem zbadaniu chorego nastręča v převažnej ilości přypadków považne trudności, gdyž atrofja traumatyčna dziąseł lub jego zapalne komplikacje występują često jako piervše vidočne zmiany chorobove v ogólnym stanie zdrovia pacjentóv.

Prof. Cieszyński zabrał głos v dyskusji i polemizovał z autorem co do kilku zasadničych poglądóv na spravę chorobovą.

Konstantin (Warszava). Ščotečka a schořenia okolic parodontalnych. (Streščenia nie nadesłano.)

ORALSEPSIS.

(Č)

Neuwirt (Praha). Biologická metoda ošetřování pulpy jako prevence orálsepse. Rebelův názor, že otevřená pulpa jest vždy ztraceným orgánem, nemá všeobecné platnosti. Svými pokusy na lidských a psich zubech prokázal Neuwirt, že pulpa překrytá sterilně dentinovým práškem může se zhojiti a znovu vitalitu trvale uchovati. Reakční schopnosti pulpy jsou daleko vyšši, neží se dříve předpokládali. Pod vlivem stejnorodého plantátu diferencují se pulpální buňky v odontoblasty, prodující nový dentin, který může pulpu nad zraněným místem překlenouti. Vedle toho tvoří se v pulpě jizva, do niž ukládá se vápano. Též proti zanětu dovede se pulpa braniti. Nové biologické methody ošetřování pulpy, založené na snaze využiti těchto reakčních schnopností, slibuji mnoho do budoucnosti, zajména s ohledem na fokální infekci.

Jarząb (Poznań). Oralsepsis a naše lečenie konservatyvne i roboty protetyčne. Nie zdajemy sobie spravy, jak često zachodzi związek między našemi zabiegami přy lečeniu zębóv a zabuřeniami ogólnemi, vyražającemi się jako stałe bóle głovy, miganie v očach, nadvražlivość čucia skóry i jej ovřodzenia. Nie chodzi tutaj o stany takie jak arthritis, endocarditis, nephritis i t. p., które to choroby polegają na infekcji, alboviem v tych chorobach biorą udział bakterje, które mogą pochodzić z jamy ustnej, z periodontitis, paradentozy i tonsillitis. Słušnie vięc taką łąčność čyli zaležność bakteryjną ognisk v jamie ustnej ze spravami ogólnemi nazyvamy zakaženiem śródustnem sepsis oralis, alboviem mamy tu do čynienia, jak lične eksperymenty, a ješče vięcej observacje klinične vykazują, z vyražnem elektyvnem zakaženiem čyli z převędrovaniem bakteryj ze schořeń piervotnych v jamie ustnej do poščególnych od-

ległych organóv, vyvołując ich schořenie a nie zakažając ješče całego organizmu. Na tem polega różnica między zakaženiem ogólnem a zakaženiem śródustnem čyli sepsis a sepsis oralis.

Jednakovož istnieje cały šereg zabuřeń, które vyraźnie vskazują na ten związek kausalny z jamą ustną, mimo že přeniesienia się bakteryj z ognisk piervotnych v jamie ustnej do schořenia drugořędnego, ogólnego nie mamy.

Jakkolviek teorja oral sepsis jest v ogólności nauką nová, na której poparcie znajdujemy v literatuře z každym dniem coraz więcej dovodóv, to jednak istnieje tu ješče pevien chaos tak v přyčynach jak i objavach i zazvyčaj všystkie spravy ogólne, które zostały vylečone přez přeprovadzenie sanacji jamy ustnej podsuvamy pod tę teorję.

Najnievinniejše napozór lečenie zębóv z povieřchovną próchnicą o zdrovej miazdze, o ile będzie vykonane niepravidłovo, može stać się přyčyną długotrvałych zlokalizovanych bólóv głovy, bólóv nieumiejscovionych, latających, přyčyną drgania poviek i napadovego bólu v uchu.

Objavy te spotykał autor a częściovo stvierdzał eksperymentalnie přy niepravidłovem założeniu vypełnień amalgamatovych.

Třonovce dolne vypełnione amalgamatem bez podkładu izolacyjnego, chociaž nie reagują na bodźce termične, mogą povodovać pravie stałe bóle głovy v okolicy potylične j. Charakter tych bólóv nie jest zbyt silny, u jednych silniejšy u drugich słabšy, nie zvięksają się, a po środkach farmaceutyčnych znikają na pevien čas. Po dłužšym časie chory přyzvyčaja się do nich, zvłašča kiedy nie znajdzie pomocy u lekařy. Taki charakter bólóv nie vystępuje z reguły, natomiast częściej vystępują one přez chorda tympani v uchu.

Předtřonovce górne vypełnione amalgamatem bez podkładu mogą dać bardzo charakterystyčne bóle latające, jakby přelatyvanie prądu elektryčnego. Potvierdzenie tego znalazł autor v ten sposób, że kolejno zmieniał vypełnienie, dając raz cynko-fosfatove, drugi raz amalgamatove. Podobne bóle mogą być vyvołyvane přy vypełnieniach silikatovych v přypadkach, kiedy vystępovały povolne zmiany regresyvne vłókniste. Są to přypadki, v których ból jest přemijający, a više nieco odmienne od tamtych. Objaśnienie tych stanóv jest trudne. Nie mamy tu objavóv na bodźce termične, naležy tu přypuścić działanie elektrolityčne założonego metalu. Časami vidzimy cząstečki rozprovadzonego metalu i zabarvioną zębinę. V dalšym ciągu može to być chemične działanie cząsteček metalu, które stale přypływają. Jak znikome ilości vystarčą u pevnych osobników aby spovodovać vidočne zmiany v organiźmie, vidać na přykładzie. Pevien lekař po założeniu pasty aršenikovej rozrobionej v olejku goździkovym na zamkniętą komorę předtřonovca górnego otřymał drobniuteńką vysypkę na całem ciele, głóvnie piersiach, břuchu i ramionach od vevnętřnej strony a navet v jamie ustnej były pevne zmiany vysypkove. Ogólnie zmiany te nie vyvołały bólu leč dražniły, švieřbiły i vyvołyvały ogólne podniecenie nervove.

Spotykamy się tutaj z pevnego rodzaju učuleniem organizmu na pevne grupy chemične, z t. zv. objavem allergji, która može vystępovać na poščególne grupy chemične i vyvołyvać najpřeróžniejše zabuřenia.

Aby to povstało, mušą te cząstečki dostać się do vnętřa organizmu, do krviobiegu i tu vidočne jest z jaką niesłychaną subtelnością środki, założone do tvardej zębiny, mogą znaleźć się v całym organiźmie.

Droga do vnętřa organizmu znajduje się nietylko přez foramen apicale po otvarciu miazgi ,ale přez cale ściany zęba do ozębnej.

Přy zakładaniu rozmaitych lekarstv do ubytków zębinovych v lečeniu konservatyvnem vpravdzie nie udało się vyvołać autorovi jakichś považniejšych ogólnych zabuřeń, jednakovož po założeniu preparatóv zavierających np. jod, v niektórych přypadkach možna zaobservovać přez kilka dni ogromny niepokój, dřenie rąk i nieco zviękšone ciśnienie krvi.

Podobne objavy zaobservovać možna ješče częściej po założeniu tymolu v roztvoře. Autor eksperymentował i eksperymentalnie stvierdził, že po založeniu tymolu oprócz tego dzivnego niepokoju vystąpiła drobniutka vysypka, pravie niezabarviona, nieco vyniosła ponad povieřchnię i vyvołująca lekkie svędzenie, lokalizująca się na tvařy, szyi i dośrodkovej części kończyn; utřymyvała się ona ješče po vyjęciu vkładek tymolovych blisko 2 tygodnie.

Róvnież i po pevnych zabiegach protetyčnych možna się spotkać z różnemi tego rodzaju objavami, mianovicie přez:

1. adsorbcję nieślachetnych metali,

2. přy niepřylegających koronach i nieodpoviednio zbudovanych mostkach.

Korony i mostki z nieślachetnego metalu stają się często přyčyną ovřodzenia tvařy, które oporne jest na všelkie lečenie, znika zaš bezpovrotnie po usunięciu nieślachetnego metalu a zastąpieniu złotem. Vynika stąd, že čynniki chemične mogą povodovać drogą łączności pevne neurotrofične zabuřenia provadzące do ovřodzeń. Niezvykle subtelną vražlivość našego organizmu v odčuvaniu i reagovaniu na nieznačne přyčyny vidzimy na eksperymencie: Jeśli założymy nad předtřonovce dolne koronę złotą niezupełnie přylegającą i uciskającą na dziąsło, otřymamy już na drugi dzień v viękšości přypadków ogromną přečulicę v okolicy pozaušnej; přečulica ta po kilku dniach přechodzi, vraca jednak od času do času, ginie zaś, gdy usuniemy koronę lub gdy założymy koronę popravnie zrobioną. Po takiej dłužej utřymującej się přečulicy i bólach głovy następuje gvałtovne vypadanie vłosóv, jako objav neurotrofičnych zabuřeń, co može doprovadzić do zmian degeneracyjnych v cebulkach vłosovych, čyli provadzi do alopecji.

Tego rodzaju bodźcami mogą być taže vyřynające się zęby, które mogą povodovać różne zabuřenia natury ogólnej.

Přy mostkach, zvłašča tych, które są zbudovane o dužej povieřchni kontaktovej, zalegające reštki pokarmove, rozkładając się, dražnią błonę śluzovą. która staje się začervienioną, rozpulchnioną i łatviej može resorbovać różne produkty chemične i analogičnie povodovać zabuřenia. O tem všystkiem należy myśleć přy ogólnych cierpieniach chroničnych, zvłašča jeśli všystkie środki zaradče zaviodą. To samo odnosi się do vypełnień leżących na dziąśle i niepřylegających.

Hanasz (Poznań). Značenie granulomóv periapikalnych v etjologji chorób serca i vyniki terapji zapomocą autovakcyny. Vskutek dążenia do utřymania každego zęba vzmogła się v ostatnich latach częstość periapikalnych granulomóv, które się tvořą přy zębach martvych. Zupełna dezynfekcja i całkovite vypełnienie kanału kořeniovego nie da się niestety zavše v idealny sposób osiągnąć mimo najstaranniejšej zapobieglivości i techničnej zręčności. Přyčyną trudności całkovitej dezynfekcji i vypełnienia kořenia jest niepra-

vidłovy přebieg převodu, który byva grajcarkovaty, popřečny, rozvidlony i rozgałęziony. Roentgenovska kontrola vypełnionych kořeni vykazała v 90% vypadków niedostatečne vypełnienie, a na 2000 roentgenogramóv zębovych až 950 granulomóv. Niedostatečnie vydezynfekovane i vypełnione kořenie zavierają bakterje, które vobec zamknięcia vypełnieniem drogi nazevnątř drążą vgłąb i znajdują ujście jedynie přez foramen apicale, vzględnie přez nievypełnione odgałęzienia převodu kořeniovego, povstaje v następstvie zapalenie okołozębove — periodontitis. Poza tą formą ostrą zachodzi niemniej često zapalenie chronične, które znamionuje povstanie i bujanie tkanki granulacyjnej, t. zv. ziarniniak — granuloma periapicale. Następuje resorbcja belecek kostnych, t. zn. ubytek i atrofja substancji kostnej, co na filmie roentgenovskim objavia się jako zaciemnienie.

Pod vzględem anatomo-patologičnym jest granuloma zapaleniem ozębnej. Granuloma može się pokryć nabłonkiem płaskim i utvořyć cystę vevnątř zropiałą, přez której ščeliny vydostają się bakterje chorobotvórče. Granulomy i cysty dovodzą, iż konservatyvne lečenie nie osiągnęło zamieřonego celu, gdyž infekcja pošla vgłąb. Povstała dentalna infekcja fokalna, ognisko tem vięcej niebezpiečne, že nie spravia pravie žadnych doleglivości, któreby zmusiły pacjenta do šukania pomocy dentystyčnej. Vykrycie granulomóv i cyst jest obecnie ułatvione přez roentgenogram. Jakkolviek martve zęby povstają převažnie dzięki konservatyvnej terapji, to jednak także metastyčnie na drodze krvi može přyjść do infekcji miazgi bez piervotnej próchnicy. Martve zęby poznaje się po zciemnieniu lub přez badanie elektryčne. Metastatyčna infekcja fokalna zdařa się přy ščytach kořeni zębóv martvych v přebiegu ogólnoinfekcyjnych chorób, np. pneumonja, tyfus, sepsis i t. p. Bakterjologičnie vykryva się v chorej miazdze, granulomach i cystach najčęściej streptokokki, řadziej diplokokki typu pneumokoków. Převaža streptococcus viridans; spotyka się także hemolityčne i anaeroby. Viridans należy do niehemolityčnych, rozmnaża się v formie diplokokków, v postaci krótkich łańcuchóv (6—10 ogniv). Vykazuje on słabą virulencję, leč tem goršą toksyčność. Přy emboljach np. do skóry, nerek, mózgu i t. p. nie rozvija się naogół, nie robi abscesóv metastatyčnych, leč tvořy infarkty aseptyčne. Z predylekcją osiedla się na endocardium, mianovicie na zastavkach serca, povodując endocarditis lenta. Zakaženie całego organizmu, vychodzące od ogniska zębovego ma charakter povolny i łagodny — sepsis lenta — i ma tem dłužšy přebieg, im słabša virulencja. Endocarditis lenta povstaje najčęściej na podłožu już davniej přebytego procesu zapalnego na zastavkach, co pozostavia po sobie vitium cordis, převažnie insufficienta mitralis. Ten locus minoris resistentiae vybiera sobie viridans na novą siedzibę, a granuloma schodzi na drugi plan. Zapalenie endocardiun ma charakter vřodziejący, přechodzi na mięsień sercovy i na osierdzie — endo-myo-pancarditis. Badania elektrokardiografične serca, vykonane od samego počątku choroby co pevien čas, pozvalają śledzić rozvój vzmagający się nievydolności serca, přyčem znamiennem jest kštałtovanie się załamka „T" oraz zespołu komorovego. Rozpadanie się vielkich ilości bakteryj i ich endotoxyny uškadzają aparat krviotvórčy i krążące červone krvinki, vyvołując vtórną anemję. Endocarditis lenta zachodzi převažnie v vieku średnim, može jednak dotknąć dzieci i starcóv. Głóvne objavy klinične są: vada zastavkova serca, poviękšenie śledziony, gorąčka septyčna i kapillarne embolje. Prognoza představia się považnie, choć niezupełnie

beznadziejnie. Všystko zależy od včesnego vykrycia choroby přez haemokulturę i od včesnego zastosovania autovakcyny v vysokich koncentracjach. Chodzi zasadničo o to, aby v jak najvčešniejšym okresie choroby, gdy ustrój ješče zdolny do reakcji, pobudzić jego siły obronne. Do ogłošonych přez Dimitrakowa dvóch vypadków vylečenia v Bulletin Medical 1932 r. mogę dořucić dva vypadki z ostatnich dvóch lat, które přezz usunięcie ogniska zębovego i zastosovanie včesne autovakcyny dało się uratovać. V razie niemožności uzyskania autovakcyny z haemokultury třeba się posługivać vakcyną spořądzoną z granulomóv ekskochleovanych po usunięciu zębóv martvych. V vypadkach zaavansovanych polecam zastosovać obfitą transfuzję krvi od davcy, który popřednio został uodporniony vakcyną viridansovą, pochodzącą z haemokultury pacjenta. Možna też vstřyknąć dožylnie surovicę uzyskaną z krvi davcy předtem svoiście uodpornionego. Ponievaž nasunęła się myśl zapobiegavčego uodpornienia osoby zagrožonej přez sepsis viridans (lenta), vobec tego stosuję v ostatnich časach autovakcynę systematyčnie u pacjentóv, u których bakterjologičnie vyhodovano z granulomóv po vyjęciu zęba streptococus viridans, mimo że klinične są narazie bez objavóv chorobovych.

Krótki okres dośviadčeń nie pozvala ješče coś pevnego ořec. V końcu nadmieniam, że zagadnienie ogniskovego zębovego zakaženia było już znane Hipokratesovi. V novšych časach vypłynęło ono na novo, jako jeden z piervšych v r. 1885 ogłosił Kaczorowski badania o značeniu ovřodzeń dziąsła dla povstania chorób serca i načyń krvionośnych.

ORTOPEDJA.

Owiński (Lwów). Międzyščękovy aparat obrotovy přy częściovej resekcji žuchvy (system Cieszyńskiego). Referent opisuje M. Ap. Ob. zastępujący stav u pacjentki, której vycięto część žuchvy, a to: ramus ascendens vraz ze stavem i część ramus horizontalis do premolaróv vyłąčnie.

V přecivieństvie do šyn posuvistych (jak Sauera 1881 r., Cieszyńskiego, Ernsta, Schrödera, Richelmana). M. Ap. Ob. umiejscoviony jest po stronie operovanej — podobnie jak aparat Zimmera čy Ernsta obrotovy.

Od istniejących aparatóv różni się tem i tem je převyžša, že daje ruch žuchvy najbardziej zbližony do normalnego. Zaletę tę ma z povodu pravie róvnolegle do linji zgryzovej ułožonego ramienia obrotovego i nisko ułožonej panevki obrotvej v ščęce górnej a vysoko ułožonej v ščęce dolnej. (Osie obrotove v kštałcie tarč umocovane są na osi zębóv do kilku koron spojonych razem, oddzielnie na góře, oddzielnie na dole.) To zbliženie pravie do róvnoległości z linją Camperovską daje žuchvie v granicach normalnej užyvalności tor ruchu, v którym dolne siekače přy otvarciu pozostają v linji środkovej nie vykazując zbočenia.

Ruch obrotovy części składovych daje opór tak mały, že praktyčnie nie vchodzi v rachubę, stąd svobodne otvieranie i zamykanie ust.

CHIRURGJA STOMATOLOGIČNA.

(Č)

Bažant (Brno). Zębopochodne zapalenie jamy ščękovej a stomatolog. Na odontogenní empyem antri Highmori nemyslí se stomatology ani rynology

dostatečně často: proto se ani nediagnostikuje vždy a kauzalně se neošetřuje, ač

1. empyem odontogenní není řídký (referent odhaduje poměr e. o. k empyemům rinologickým jako 15 : 85);

2. a ač empyem odontogenní může sice stomatolog vyléčit jen a jen svými zubolekařskými zákroky, nikoli však rinolog bez zákroků zubolékařských.

Pacient to nesmí odnést Jest tedy užší spolupráce rinologa se stomatologem nezbytná.

Stomatolog musí být dobře obeznámen se symptomatologií empyemu odontogenního, s anatomickými podmínkami, za nichž se objevuje, i s chorobami zubními, jež je komplikuje.

V ohledu diagnostickém stomatologii nesmi ujít ani nejnepatrnějši symptom klinycký ,jak po stránce rinologické jak stomatologické; stomatolog musi umět odhadnout cenu roentgenologického nálezu pokud mu jest s to učinit diagnosu naprosto jistu nebo alespoň pravděpodobnou.

V ohledu terapeutickém musí se odontogenní empyem léčit kauzálně, t. j. zubolékařsky. Většinu akutních a leckterý případ chronický jest s to vyléčit stomatolog výhradně svými zákroky zubolékařsky.

Bezcenné kořeny a zuby dlužno raději extrahovat, ale cenné zuby musí se zachovat. Referent plaiduje pro větsí konzervativnost.

1. Často již pouhým antiseptickým ošetřením kořenů zubních, event.

2. kombinovaným s ošetřením konzervativně chirurgickým v ostatnich případech.

3. Replantací; zkušenosti v tom ohledu získané na naší klinice zubní ass. Konupčikem jsou velmi příznivé.

Chronické empyemy odontogenní vzdorující terapii konzervativní léčí se radikálně chirurgicky. Nejlepší výsledky vykazuje operace Caldwell-Lucova. I k této operaci mělby být přizván rinologem častěji než se to děje i stomatolog, kterému by tak umožněno bylo eventuálně i speciální své zákroky operativní provést intra operationem rhinologicam; stomatolog mělby tu i pak bdít i nad vitalitou zubů ohrožených operací.

Jsou tedy empyemy antri Highmori odontogenní polem pro spolupráci stomatologa s rinologem nad jiné vděčným a radostným. Ovšem stomatolog nesmí v žadnem ohledu tu rinologa zklamati.

Konupčik (Brno). Plastyčna operacja komunikacji między jamą ustną a zatoką ščękovą. Jedynie vąskie i niezbyt stare fistuły možna zamknąć okrvavieniem břegóv, paquelinizacją, vypalaniem i podobnemi zabiegami; přy viękšych i staršych fistułach třeba stosovać plastykę. Všelkie komunikacje možna zupełnie dobře usunąć, vykonując stosunkovo łatvą operację plastyčną. Najbardziej vskazana dla komunikacji dolnych i górnych jest metoda Axhausena, ponievaž nic pošvięca ona zębodołu i nie zmniejša předsionka, přez co umožlivia značnie łatviejše vstavianie štučnych zębóv. Nie možna jednak v žadnym vypadku, nawet gdyby chodziło o minimalną fistułę, pozostavič otvoru na stałe otvartego, a mianovicie ze vzględu na dolęglivošci, któreby komunikacja mogła povodovać, vzględnie na niebezpiečeństvo infekcji antri Highmori lub chroničnego zapalenia šluzóvki tejže zatoki, jak to Zange ve všystkich přypadkach udovodnił, navet v přypadkach o nieznačnych objavach.

Bardasz-Drukerowa (Lwów). Aktinomykoza i jej lečenie. Kilka přypadków o atypovym přebiegu. (Na Zjeździe nie vygłošonc z povodu braku času, drukovane „Polska Stomatologja" nr. 11/12 1933.) Autorka opisujc kilka atypovych přypadków aktinomykozy o přebiegu ostrym, występujących pod postacią periodontitis lub flegmony pochodzenia zębovego.

Klinične podejřenie na aktinomykozę potvierdziło mikroskopove badanie ropy. Dlategoto važne jest, gdzie na podstavie zavodu pacjentóv (rolnicy) zachodzi podejřenie promienicy i přy abscesach, gdzie po nacięciu i usunięciu chorego zęba gojenie nie następuje lub přy flegmonach, które překračają přestřenie międzypovięziove, myśleć o aktinomykozie.

Tylko vynik badania mikroskopovego potvierdza kliničną djagnozę, přez co uniknąć možna błędóv djagnostyčnych, fałšyvego lečenia, zaniedbania vłaścivego schořenia i następstw tegož. Autorka opisuje přypadek odpoviedzialności sądovej na skutek fałšyvej djagnozy ve včesnym okresie aktinomykozy. Terapja polega na nacięciu abscesóv i infiltratóv analogičnie jak přy zvyčajnych procesach ropnych pochodzenia zębovego. V Klinice Stomatologičnej stosuje się miejscovo: 2—4 cm³ 2—4% siarčanu miedzi vstřykuje się tępą igłą injekcyjną do přestřeni międzypovięziovych, a okolicę naciečoną obstřykuje się małemi ilościami tego roztvoru zapomocą ostrej igły. Tego samego roztvoru užyva się róvniež do přepajania materjału opatrunkovego. Přy komunikacji z jamą ustną i infekcji miešanej vstřykuje się tępą igłą do přestřeni międzypovięziovych kamfenol, roztvór Pregla, 5% roztvór rivanolu, 4% trypaflaviny. Ostatnio vymienione preparaty zmienia się co 3—4 dni. Od počątku lečenia podaje się vysokie davki jodku potasu (do 6 g dziennie) a po ustąpieniu ostrych objavóv naśvietla się promieniami Roentgena 2—3 razy po ¼ davki rumieniovej skórnej.

Mittlener (Warszawa). O lečeniu promienicy sposobem Goldberg-Górskiego. (Streščenia nie nadesłano.)

Parma (Praha). Roentgenoskopie v zubním lékařství. Dosud jsme používali v zubním lékařství jen roentgenografie, t. j. zhotovovali jsme snímky. Roentgenoskopie, t. j. pouhé prosvícení čelisti roentgenovými paprsky se neprovádělo. Pokusíte-li se prosvítiti čelisti způsobem, jakého používají roentgenologové, zjistíte, že obraz kosti jest naprosto nejasný resp. se vůbec neprosvítí, použijeme-li zubního roentgenu. Je to tím, že při prosvícení mandibuly a ještě více maxilly měkké části hlavy a krku tvoři pro jemnou spongiozu kosti a relativně malé kořeny zubů příliš veliké rozptylové prostředí. Takové prosvěcování se pro zubní účely naprosto nehodí, i když použijeme snad z láštních přístrojů pro prosvěcování při dennim světle. Výhoda odstranění zatemnění místnosti jest draze zaplacena immobilitou pacienta i lékaře, nehledě k tomu, že obraz čelisti zůstává stále nepotřebný.

Nahradíme-li však v zubním zrcátku zrcadlo vhodně střiženým prosvěcovacím štítem, zjistíme — při zatemněné místnosti — že prosvěcování zubů je možné. Obraz ovšem není takový jako na snímku. Strukturou prosvěcovacího štítu, jeho svítivostí a citlivostí našeho oka (sitnice, velikost pupily) je dáno, že obraz je méně detailní a méně zřetelný nežli snímek. To jest skutečnost, s kterou nutno za všech okolností nezměněně počitati. Za druhé si při pokusu prosvicení čelisti uvedeným způsobem uvědomíme, že zub je

značně zkreslený, protože zrcátko s prosvěcovacím štítem nemůže v ústech ležeti jako film při snímku, nýbrž musí jednou stranou odstávati, aby obraz byl pozorovateli přistupný, viditelný. Třetí nevyhodou tohoto jednoduchého prosvicení jest, že obraz neni vždy ve vhodné vzdálenosti pro naše oko, které pak nevidí ostře.

Podminkou roentgenoskopie v zubním lékařství by bylo: nezkreslený obraz a za druhé ostrý obraz.

Obojího jsme dosáhli konstrukcí našeho přístroje. Pokud jde o nezkreslený obraz, klademe prosvěcovací štítek našeho přístroje to téže polohy jako film při snímku, čili máme možnost viděti izometrický obraz. Druhá podmínka, ostrý obraz, byla věcí vhodné optiki, která přes četné obtíže dala se uspokojivě rozřešiti. Ovšem že se našemu vlivu vymýká vnímání obrazu okem. Je nutno je nechati se akomodovati, t. j. nutno si vzíti tmavé brýle a vyčkati asi 10 minut. Tím je pole indikací pro skiaskopii v zubním lékarství značně omezeno na lokalizaci apexu před resekcí, lokalizaci frakuturovaných injekčnich jehel mandíbulárních. Indikací bude přibývat, jak se podaří zdokonaliti náš přístroj.

Jankowski M. (Lwów). Vyniki lečenia promieniami Roentgena v Klinice Stomatologičnej Lvovskiej. Na podstavie 1½-ročnych dośviadčeń, uzyskanych přez naśvietlania pacjentóv v Klinice Stomatologičnej Universytetu ve Lvovie došedł autor do vniosku, že roentgenoterapja skutečna jest v přypadkach: flegmon ščękovych, osteomyelitis, přetokach ślinovych, zapaleniach specyfičnych jak tbc., aktinonomykoza, přy novotvorach, neuralgjach, bólach o charakteře nauralgičnym i zmianach stavu ščękovego. Vzględnie dobre vyniki daje roentgenoterapja přy granulomach kořeniovych po popředniem vylečeniu kořeni i vypełnieniu převodóv.

DENTYSTYKA ZACHOVAVČA.

Wilga (Warszawa). Badanie bakterjologične i roentgenologične zębóv z nekrotyčną miazgą, lečonych formaldehydem i tymolem. V ciągu ostatnich 2 lat (1931-32 i 1932-33) přeprovadził autor v Klinice Dentystyki Zachovavčej Państvovego Instytutu Dentystyčnego kontrolne badania bakterjologične i roentgenologične zębóv z nekrotyčną miazgą lečonych vłasnym sposobem u 475 chorych.

Sposób ten polega na następujących zasadach:

1. Doščętne usunięcie z převodu mas zgořelinovych, vzględnie ropnych częściami v 2, vzględnie 3 seanse.

2. Před całkovitem usunięciem mas nekrotyčnych zęba naležy:

a) unikać stosovania środków strącających białko;

b) na ujście do převodu kłaść suchą vatkę, a do komory vatkę z kroplą formaliny;

c) ząb zamykać niehermetyčnie.

3. Po usunięciu mas nekrotyčnych i rozšeřeniu mechaničnem i chemičnem převodu, zakładamy do niego sąček lekko zmočony v 1% rozčynie spirytusovym tymolu, na ujście vatkę a do korony vatkę z jedną kroplą formaliny; povtařamy to 2—3 razy, až otřymamy sąček bez zapachu i čysty; vtedy zakładamy do převodu v varunkach aseptyčnych kontrolny aseptyčny sąček vaty.

V ten sposób přeprovadzono 475 piervšorazovych badań i 164 povtórnych; razem vykonano badań 639. Z nich aseptyčnych vyników otřymano v 318 přypadkach, t. j. v 67%.

V ujemnych vypadkach kliničnie nie było převažnie kontraindykacji do ostatečnego zaplombovania zębów, jednak v řečyvistości vymagały one dalšego lečenia.

Fridrychovski (Bratislava). Solidne vypełnienie kořeni z vłasnemi uvagami co do vypełnień srebrem.*) Autor jest zdania, że přy vypełnianiu převodóv kořeniovych najvažniejšą jest řečą, aby čęść periapikalna była hermetyčnie zamknięta. V ten tylko boviem sposób da się vyłąčyć napływanie soków do kořeniovego převodu i v kierunku přecivnym (reinfekcja). Na podstavie našych doświadčeń možemy vogóle stvierdzić, że kořenie zębove dają się doskonale vypełnić cementem srebrovym i srebrem, albo cementem srebrovym i gutaperką, přyčem překonaliśmy się, że v ten sposób vypełnienie ma vielki i kořystny vpływ na ogniska periapikalne, vynikający z oligodynamičnych vłasności srebra. Odpoviedniemi rycinami pokazuje autor jak: 1. možna vypełnić zęby rozmaitych grup metodą přez niego opisaną, 2. że srebro přeciśnięte přez foramen apicale nie ma v okolicy periapikalnej charakteru ciała obcego, leč że vyvołuje gojenie się čęści chorej, 3. že po vypełnieniu kořeni zębovych srebrem następuje v ogniskach periapikalnych v stosunkovo krótkim přeciągu času (3—4 dni) značne polepšenie, które přechodzi v zupełne vygojenie. Kontrola každego vypełnienia kořeniovego zęba zapomocą promieni Roentgena jest dla našych doświadčeń niezbędna dlatego, gdyž tylko v ten sposób možemy się překonać o niedoskonałościach vypełnień kořeniovych.

Jarząb (Poznań). Objavy žyvotności miazgi v času ich resorbcji. Vyřynanie się zębóv stałych povoduje resorbcję kořeni zębóv mlečnych, a z nią następuje teoretyčnie přervanie łączności načyniovej i nervovej v miazdze. Jednakovož zęby mlečne mimo utraty tej łączności nie zachovują się jako zęby martve, ale reagują na bodźce termične i na prąd elektryčny. Zagadnienie to staje się tem ciekavše, že reakcja zviękša się v miarę postępovania resorbcji kořenia.

Vytłumačenie tego daje nam obraz histopatologičny, v którym vidzimy, že od samego počątku resorbcji z překrvionej okoličnej tkanki vnikają do odciętej miazgi v dužej ilości limfocyty, leukocyty i komórki plazmatyčne. Gviaździsta budova miazgi zamienia się na jedno zbiorovisko komórek, v które povoli vnikają drobne pęčki načyń. Mamy vięc tvór, który zupełnie přypomina młodą tkankę granulacyjną.

Dzięki temu přeobraženiu komórkovemu i nagromadzeniu žyvych elementóv komórkovych utřymuje się łączność z organizmem i stvařa się dogodne podłože do převodnictva přy zadziałaniu prądu elektryčnego lub podniesionej temperatury. Zvięksanie się převodnictva v miarę resorbcji kořenia polega na šybšem předostavaniu się podniet do žyvej tkanki přez coraz to mniejšą varstvę nagromadzonych komórek. Lične přezroča uzupełniły vykład.

---

*) Drukovano „in extenso" v języku českim v „Zubni lékařstvi" 1933, nr. 10, v języku polskim v „Polskiej Stom." 1934, nr. 3.

Jarząb (Poznań). Přypadki zapalenia miazgi z równočesnem zapaleniem ozębnej. Kazuistyčne přypadki dla lekaŕa praktyka mają vielkie značenie alboviem poučają one, że od najbardziej utartych, zakořenionych i teoretyčnie zreštą uzasadnionych reguł, mogą być časem vyjątki, które pociągają za sobą zupełnie inny sposób postępovania i inny sposób lečenia.

Zakażenie ozębnej najčęściej i pravie z reguły odbyva się drogą próchnicy zęba v następstvie gangreny miazgi. Na tej podstavie opieramy svoją terapję. Do takiego stanoviska upovažniają nas teoretyčne rozvažania, mianovicie: drobna infekcja miazgi povoduje natychmiast překrvienie miazgi, które się rozšeřa, vzmaga i vskutek jej obřęku następuje ucisk přy ščycie kořenia i zupełne začopovanie. Ustaje všelkie krążenie v miazdze, następuje nekroza i zgořelinovy rozpad, přervanie všelkiej komunikacji načyniovej v časie zapalenia i začopovania miazgi přy ščycie kořenia, uniemožlivia również přejście bakteryj do ozębnej.

Jednakovož nie zavše według tych reguł odbyvają się te sprawy. Nie zavše mamy tę samą žyvotność bakteryj, względnie odporność organizmu, vreście nie zavše te same varunki fizyčne. Jeżeli nieznačne bodźce bakteryjne działają na miazgę silną u młodego osobnika, którego foramen apicale jest ješče dość šerokie, u takiego osobnika nie dochodzi do takiego silnego i zlokalizovanego překrvienia v miazdze i tem samem nie přychodzi do přervania krążenia. Miazga jednak taka jest v stanie zapalenia, którego objavy možemy łatvo stvierdzić tak klinične, jak i anatomo-patologičnie. V ten sposób utřymuje się krążenie, a z niem možlivość převędrovania bakteryj do ozębnej i równočešnie z zapaleniem miazgi vyvołuje periodontitis. Klinične spotkamy te všystkie objavy, tovařyšące tak zapaleniu miazgi, jak i zapaleniu ozębnej. Přy vybitnej reakcji na ciepło i zimno jak też i na prąd elektryčny može vystąpić obřęk čęści miękkich i gručołóv limfatyčnych, čego nie spotykamy přy zapaleniu samej miazgi z podražnieniem ozębnej. Łagodność tego obrazu chorobovego može provadzić do vytvořenia się granulacji v okolicy periapikalnej, na dovód čego představiono lične przeźroča.

PROTETYKA.

Zeńczak (Warszawa). Zasady fizykalne v artykulacji. (Streščenia nie nadesłano.)

Zeńczak (Warszawa). Metal Wipla v protetyce. (Streščenia nie nadesłano.)

Galasińska (Warszawa). Škieletove i bezpłytkove protezy z metalu Wipla. Z ogólnej sumy danych tyčących się spravności protez kaučukovych naležy vyciągnąć vnioski račej ujemne. Gruby břeg protezy kaučukovej dražni parodontium i nišči šklivo zachovanych filaróv. Pokrycie dužych odcinków błony šluzovej provadzi do upośledzenia čucia dotyku, temperatury, smaku oraz utrudnia movę. Porovatość kaučuku provadzi do vzmožonych procesóv fermentacyjnych, povodując povstanie chroničnych stanóv zapalnych błony šluzovej. Zastosovana poraz piervšy do protetyki v 1919 r. stal Wipla ze vzględu na svoją vytřymałość fizyčną, gładkość, dobre zachovanie v płynach jamy ustnej, daje się zastosovać přy vykonaniu protez o povieřchni zmniejšonej. Podstavą protezy jest škielet ze stali Wipla tłočonej lub lanej. Protezy tłočone dla ščęki górnej, lane ze vzględu na ciężar dla ščęki dolnej. Umocovania zębóv

porcelanovych uskutečnia się pry pomocy dziąsła kaučukovego lub ze stali Wipla. Grubość blachy protezy škieletovej ze stali Wipla vynosi od 0,2 do 0,3 mm, co pozvala na svobodne vycięcia miejsc, będących v najściślejšym kontakcie z językiem bez vyčuvania prykrego granicy przejścia z błony śluzovej na protezę. Dalšym etapem protezy škieletovej jest proteza kabłąkova, inačej bezpłytkova. V tym typie protezy częścią składovą są siodła metalove lub kaučukove połączone łukiem, kabłąkiem. Łuk odstaje od błony śluzovej na 0,5 do 1 mm, přebiegając v ščęce górnej v tylnej częśći podniebienia tvardego, v dolnej povyžej więzadła językovego. Oproč łuków stalovych lanych istnieją łuki stalove doginane, vprovadzone přez Kantorovića.

Jako umocovanie protez stosovane byvają zasuvy Gilmora, Roacha, Chayesa lub zmodyfikovane klamry. Te ostatnie charakteryzuje oddalenie od dziąsła, zvęženie oraz vykonanie z vysoko-gatunkovego materjału. Dla lepšego ustalenia protezy vprovadzone zostały umocovania pośrednie v postaci vypustek od třonu protezy lub klamer. Te dodatkove vzmocnienia są vykonyvane z materjału sprężystego, vysokogatunkovego. Referatovi tovaryšyły 23 přeźroča protez škieletovych i kabłąkovych, vykonanych na Klinice Protetyčnej Akademji Stomatologičnej. Osnovy metalove vykonało Laboratorjum Polskie Wipla v Warszawie.

Pachner (Chrudim). Zniekštałcenie obrobionych metali pod vpływem ciepła. Autor zajął się mało dotychčas opracovaną kvestją deformacji kštałtu metali pod vpływem ciepła. Vykonał cały šereg doświadčeń, na podstavie których došedł do vniosków, że deformacje te zależą od šeregu čynników:

1. Vspółčynnik křyvienia się cieplnego jest bądź to pozytyvny lub negatyvny i označa quantum zmiany kštałtu danego metalu.

2. Sposób chłodzenia. Niema metalu, któryby přy nagłem ochłodzeniu nie vykazał większego skřyvienia niż přy chłodzeniu povolnem. Navet metale bardzo odporne na křyvienie (miedź, čyste srebro, niektóre aljaže złota) dają přy nagłem ostudzeniu značne zmiany kštałtu.

3. Sposób obrobienia. Metale obrobione na zimno podlegają viękšym zmianom kštałtu niž obrobione kalcynovaniem.

4. Grubość blachy lub drutu, čyli profil. Niektóre metale są odporne na křyvienie tylko přy značnej grubości blachy.

5. Temperatura, do której kalcynujemy i chłodzimy. V białym žaře następuje viękše skřyvienie niž v žaře červonym. Tu zaznačyć należy chemičny vpływ płynu, v którym nagřany metal chłodzimy. Metal zanuřony do vody chłodnie šybko, v alkoholu povoli. Nagřany metal otočy się v różnych płynach potężną varstvą pary, która vstřymuje chłodzenie (fenomen Leidenfosta) i dlatego stopień křyvienia jest rozmaity. Pravdopodobnie odgryvają tu rolę vłosności termo-převodnika tej lub ovej cieču, a nie chemične. Metal chłodzony ve vodzie skřyvia się najviecej, mniej v kvasach, najmniej v oleju i alkoholu.

Należy więc vedle autora třymać się następujących pravideł:

1. Lutovany albo dla innego celu nagřany metal nie povinien być gvałtovnie studzony;

2. kalcynovaniem z następovem povolnem chłodzeniem możemy z všelkiem pravdopodobieństvem uniknąć skřyvienia přy dalšem obrabianiu. Před každem lutovaniem čyto nad volnym płomieniem, čy v masie ogniotrvałej

należy kalcynovać i povoli dać stygnąć. Mylne jest zapatryvanie, że metal zatopiony v masie nie ulega skřyvieniu;

3. im cieńšy profil metalu, tem ostrożniej należy postępovać;

4. piervše miejsce zająć povinne aljaże z najmniejszym vspółčynnikiem křyvienia.

HIGJENA.

Neyman (Poznań). Naše pasty i vody do ust, ich jakość i ocena. (Streščenia nie nadesłano.)

Strzemień-Stroynowski (Gniewkowo). Očyščač do zębów vłasnego pomysłu. Zastępuje obecnie užyvaną ščotečkę do zębów. Znamienne podstavove zasady očyščača: 1. Zamienny vycierač (usunięta ščecina); 2. materjał, kštałt, konstrukcja vycierača; 3. vłasność vycierača i celovość; 4. Typ uchvytu samego, jego třon i imadło; 5. konstrukcja samego uchvytu całego; 6. celovość, zdolność uchvytu jako jego přeznačenie i funkcje zastępče.

V novo vynalezionym očyščaču do zębów všystkie ujemne strony ščeciny jako vycierača i třonu z dřeva, celuloidu i kości odpadają.

Uchvyt — třon jest płaski, minimalnej grubości z metalu, materjału higjeničnego.

Vycierač zastępujący ščecinę zamienny po každorazovym użytku do dezynfekcji lub vyřucenia. Materjał vycierača elastyčny, miękki, přenikający do miejsc obsady zębów mądrości z łatvością.

Służy też do masažu dziąseł. Sam uchvyt jest tak zbudovany, że z łatvością obsadza się v vycieraču imadło i z niego vyjmuje. Uchvyt pozatem służy jako pinseta do pendzlovania migdałków (dzieci), błon śluzovych jamy ustnej, obrażeń zevnętřnych naskórka i zranień, niezbędny dla karmiących matek přy přemyvaniu i vycieraniu języka i błon śluzovych jamy ustnej u novorodków. zastosovując tampony vaty zamiast vycierača.

Vyeliminovanie ščeciny jako vycierača oraz dřeva, celuloidu i kości jako třonu, miało za cel podstavovy usunięcie ognisk bakteryj tak v ščecinie, jak i v gniazdach obsad ščeciny i na třonach ščotek, stałego vypadania ščeciny přy užyciu, głóvnie drażniących skutków ščeciny ostrej na brodavki międzyzębove, vięzadła okrężne, zakażenia dziąseł, ozębnej a vięc vynikających z tych přyčyn chorób převlekłych i ostrych jak i ubytków klinovych.

V tych spravach zabierali głosy, krytykując řečovo a navet żądając usunięcia zupełnie užyvania ščotek dotychčasovych do času vynalezienia novego zastępčego środka všyscy vymienieni v referacie zbiorovym Dr. M. Brilla, Lwów, drukovanym v „Polskiej Dentystyce“ VI. r. nr. 1, styčeń-luty 1928 r. Lwów: „Niebezpiečeństvo, grożące uzębieniu od ščotek do zębów“.

Všyscy povyžsi přecivnicy ščeciny ščotek do zębów pominęli jednak najvažniejšą řeč — přenikanie vychodzącej z opravy svej ščeciny vraz z pokarmami z jamy ustnej do żołądka — skutki zapalne ostre i převlekłe choroby żołądka. Po zabiegach operacyjnych v ogniskach operovanych znajdovano ščecinę od ščotki do zębów (ś. p. chirurg Dr. Majewski, Gniewkowo, Wielkopolska, Špital Poviatovy Kasy Chorych).

Pachner (Chrudim). Opieka nad uzębieniem młodzieży. (Referat nievygłošony z povodu braku času.) Autor pokrótce vspomina cele i zadania opieki nad uzębieniem młodzieży školnej, vskazując na związek między uzębieniem a chorobami ogólnemi. Vzmiankuje prace na tem polu v Polsce i artykuły

Brilla i Kopčyńskiego. Podkreśla koniečność opieki dentystyčnej już nad dziećmi v vieku předškolnym od čvartego roku życia. Proponuje Zjazdovi Všechsłoviańskiego Związku Lekařy ustanovienie komisji dla opracovania jednolitego systemu opieki zdrovotnej.

NOMENKLATURA I TERMINOLOGJA.

Gombiński (Warszawa). Uproščona zmiana znakovania zębów. Podstavą nomenklatury zębów vinna być ich nazva anatomična, topografja i fizjologja. Podstavovym znakiem określenia jest środkovy punkt skřyžovania linji poziomej, róvnoległej do poziomej frankfurckiej z anatomičną pionovą kośćca tvařy. Punkt skřyžovania linji nazviemy punktem křyžovym, dzieli on zęby na dva řędy i na dvie strony vzór:

prava	8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1.	.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.	leva
	8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1.	.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.	

Na poziomie punktu skřyžovania řąd górny, nižej punktu skřyžovania zęby dolne, před punktem — prave, za punktem — leve, np. 6. 3. 1. = piervšy molar, kieł i siekač środkovy pravej górnej ščęki, 1. 3. 6. = idem górnej levej ščęki, 6. 3. 1. = piervšy molar, kieł, środkovy siekač pravej žuchvy, . 1. 3. 6. = idem levej žuchvy. V celu odróžnienia zębów mlečnych dodajemy navias np. (5. 3. 1.) = premolar, kieł, siekač środkovy zębów mlečnych pravej ščęki, (1. 1.) = środkove mlečne siekače žuchvy (. V) = levy, mlečny górny drugi molar. Dla označenia pięciu povieřchni zębów posługujemy się piervšemi literami ich nazv anatomičnych la, li, m, d, o. (labiale, linguale, mesiale, distale, occlusiale), np. dla označenia dośrodkovej povieřchni pravego, górnego środkovego siekača mlečnego pišemy (1. m), povieřchni styčnej piervšego górnego levego molara: (6. o). Dla dalšego określenia dodajemy istniejące znaki próchnicy, rodzaju plomby i t. p. (A. Cieszyński, „Zviększenie vydajności pracy“). Modyfikację niniejšą cechuje ścisły związek z terminologją anatomičną, łatvość zapamiętania i vyraženia v movie i piśmie.

INSTRUMENTARJUM.

„Č“

Šimša (Praha). Nový linguálni zámek. Linguálni zámek mého řešení, upevnňuje přistroj mosazným obloukem a nevyžaduje připájení čepů a jiných podobných součástek; bylo docíleno jednoduchosti a zamezení dřívějších závad.

Główny sekretař Zjazdu Stomatologičnego:
Dr. Bardasz-Druckerova.

VYKAZ ALFABETYČNY UČESTNIKÓV

VI. Polskiego Zjazdu Stomatologičnego i I. Zjazdu Stomatologóv Słoviańskich v Poznaniu ve vřešniu 1933 r.

1. Dr. Allerhand Henryk, Lwów, Kopernika 11.
2. Ambrożkiewicz Karol, Poznań, Fredry 1.
3. Andrzejkiewiczowa Anna, Wilno, Mickiewicza 4.
4. Aubein Elkana, Warszawa, Nowolipki 31.

5. *Prof. Dr. Bažant, Brno.
6. Barbulant J., Warszawa, Widok 3.
7. Dr. Bardasz-Druckerowa, Lwów, Czarnieckiego 3.
8. **Dr. Benagiano Andrea, Roma, Universita.
9. Beno Stanisław, Warszawa, Aleje Ujazdowskie 39.
10. Bergstein Naftali, Bjelodar, Jugosławja.
11. Birtmanos M., Sieradz.
12. Bitny-Szlachta Wanda, Sosnowiec, Małeckiego 16.
13. Bobrowska Wanda, Wilno, Tokarska 1.
14. Bohuszewicz Czesław, Poznań, Dąbrowskiego 4.
15. Dr. Brzeziński M., Warszawa, Śliska 62.
16. Borna Tadeusz, Poznań, 27-Grudnia 9.
17. Bornatowicz Marja, Łódź, Inżynierska 1.
18. Borowski Czesław, Grudziądz.
19. Buraczyńska Helena, Chojnice, Pl. Jerzego 4.
20. Dr. Chacharowska Halina, Poznań, Klinika Stomatologiczna U. P.
21. Dr. Chalfenowa Łucja, Buczacz, Bernadzkiego 11.
22. Ciborska-Kurkiewicz, Poznań, Strzelecka 28.
23. Cichońska P., Białystok, Pałacowa nr. 4.
24. Prof. Dr. Cieszyński Antoni, Lwów, Zielona 5 a, z żoną.
25. Czarnowski, Koronowo.
26. Czasowczykowa A., Poznań, Wrocławska 19.
26 a. *Doc. Dr. Černy, Praha.
27. Cygańska-Kowalska, Skierniewice, Lelewa 4.
28. Dobryszycki Leonard, Warszawa, Boduena 3.
29. Dajski Mieczysław, Gniezno, Trzemeszeńska 81.
30. Dąbrowska Eugenja, Świdersko.
31. Dobrowolska Natalja, Lwów, Zadwórzańska 49.
32. *Dr. Dvořák Józef, Praha, Vaclavské náměstí 1.
33. Dr. Drozdowski Jerzy, Kraków, Lubicz 9.
34. Drzewicka Helena, Warszawa, Wspólna 14.
35. Duchowska-Piętka Cyryla, Warszawa, Hołówki 3.
36. Dyńko-Nikolska, Warszawa, Małachowskiego 2.
37. Dr. Cybulski Witold, Warszawa, Koszykowa 6/31.
38. Ernst M., Zgierz.
39. Ertlówna Marja, Warszawa, Czackiego 21.
40. **Dr. Evenadini L., Bruksela, Rue de Thugas. 9.
41. Falęcka Halina, Poznań, Marcinkowskiego 17 a.
41 a. Dr. Fiala, Praha.
42. Grudzińska Zofja, Poznań, Aleje Marcinkowskiego 17 a.
43. Garlińska Jadwiga, — Piłsudskiego 8.
44. Dr. Gelbard H., Warszawa, Marszałkowska 79.
45. Dr. Gerber Rudolf, Biała k. Bielska.
46. Glińska Zofja, Poznań, Piekary 16.
47. Godurowska Zofja, Wieluń, Augustjańska 1.
48. Gombiński Jan, Warszawa, Plac Żelaznej Bramy 1.
49. Dr. Gorczyński Henryk, Lwów, Magdaleny 3.
50. Goszczyńska A., Warszawa, Smolna 10.
51. Galasińska Janina, Warszawa, Chmielna 56.
52. Grzybalska Marja, Warszawa, Żolibórz, Pl. Henkla 4.
53. Grzybowska Henryka, Warszawa, Krakowskie Przedmieście.
54. Grzybowska A., Warszawa, Nowogródzka 39.

* Učestnici z Čechoslovacji. ** Goście zagraniczni.

55. Grzybowski Stefan, Warszawa, Marszałkowska 4.
56. Grzymałowska-Mohuczy M., Poznań, Krasińskiego 3.
57. Gutowska Zofja, Warszawa, Foksal 18.
58. Haberska Czesława, Poznań, Poliklinika U. P.
59. Herszlik Emil, Król. Huta.
60. Hryniewska, Warszawa, Wspólna nr. 37.
61. Hryniewiecka-Gordziałkowska Marja, Poznań, Al. Marcinkowsk. 3.
62. Iwanter Nissan, Wilno, Wileńska nr. 25.
63. Dr. Jankowski Mieczysław, Lwów, Kopernika 5.
64. Jarmińska Janina, Warszawa, Szpitalna 1.
65. Jarmontowicz Marja, Poznań, Pl. Wolności 14 a.
66. Dr. Jarząb Józef, Poznań, ul. Strzelecka 5, z żoną.
67. Jarzębowska-Pilarska Marja, Łódź, Andrzeja 3.
68. Jaworska W., Warszawa, ul. Marji Kazimiery 84.
69. Jaworowska Stanisława, Poznań, Piekary 16.
70. Jeżewski Stefan, Bydgoszcz, Dworcowa 12.
71. Jeżewska Hanna, Warszawa, Wspólna 44.
72. Kaczkowski Antoni, Łódź, Piotrkowska 99.
73. *Dr. Kallay Juray, Lubljana (Jugosławja), Marijin trg. 3-II.
74. Karwowski Ildefons, Grodno, Napoleona 10.
75. Kasprowicz-Wieczorkowa C., Zakopane, ul. Ogrodowa.
76. Kawczyńska Helena, Łęczyca.
77. Konarska Józefa, Łódź, Kilińskiego 7.
78. Dr. Konachiewicz, Łuck (Wołyń).
79. Dr. Konieczny Czesław, Warszawa, Kasa Chorych.
80. Kostantin Juljusz, Warszawa, Muranowska 16.
81. Konstantin Marja, Warszawa.
82. *Dr. Konupčik, Brno.
83. Korynkiewicz Marja, Poznań, Pl. Wolności 14.
84. Kozłowska Z., Poznań.
85. Kozłowska Sabina, Poznań, Ostroroga 27.
86. Krupowicz J., Warszawa, Wilcza nr. 12.
87. Krzywiec J.
88. *Dr. Kubin, Brno.
89. Kukulska-Rudzińska, Warszawa, Złota 5.
90. Kulbicka Irena, Poznań, Piekary 16.
91. Kurnatowska Halina, Poznań, Pl. Nowomiejski 6.
92. Dr. Lajchter Hilary, Łódź, Zielona 9.
93. Łasowski St., Warszawa, Sosnowa 13.
94. Lew B., Warszawa, Kupiecka 18.
95. Ligęza Jan, Inowrocław, Kr. Jadwigi 31.
96. Liwszyc Józef, Warszawa, Pawia 1.
97. Lubelewicz Izabela, Poznań, Piekary 16.
98. Lutomska-Tarasowa Z., Wilno.
99. Machowska Marja, Poznań, Wierzbięcice 15.
100. Maleszewska Wanda, Poznań, Dąbrowskiego 53
101. Małaczyńska, Poznań, św. Marcin 62.
102. Dr. Marciszewska, Poznań, Poliklinika U. P.
103. Mazurowska S., Wilno, Słowackiego 3.
104. Mecweldowska Zofja, Poznań, Piekary 16.
105. Mehrtuszy, Wilno, ul. Sierakowskiego.
106. Prof. Dr. Meissner Alfred, Warszawa, Aleje Ujazdowskie 9 a.

---

* Učestnicy z Čechosłovacji. ** Goście zagraniczni.

107. Melcer H., Zawiercie, Paderewskiego 17.
108. Mesz Daniel, Warszawa, Nowy Świat 2.
109. Mieczyńska, Warszawa, Nowogrodzka 8.
110. Dr. Mittlener Ignacy, Warszawa, Pl. Trzech Krzyży 14.
111. Mokrzycki Antoni, Warszawa, Kredytowa 16.
112. Morawski, Warszawa.
113. Muszyński Stefan, Poznań, Działyńskich 7.
113 a. Dr. Náprstek, Praha.
114. Niedźwiecki Alfred, Warszawa, Filtrowa 77.
115. Nehrebecki Oktawjan, Bydgoszcz, Paderewskiego 16.
115 a. Doc. Dr. Neuwirt, Praha, Fochova 64.
116. Niemczewska Marja, Warszawa, Żórawia 20.
117. Neyman Witold, Poznań, Fredry 6.
118. Orłowska Marja, Warszawa, Ujazdowska 30.
119. Dr. Owiński Tadeusz, Lwów, pl. Bernardyński 17.
120. *120. Dr. Pachner A., Chrudim, z żoną.
121. *Dr. Parma Čestmir, Praha.
122. Pasztelan-Zajdlewiczowa Marja, Poznań, Górna Wilda 17.
123. Pawłowska Eugenja, Warszawa.
124. Pfeiffer Anna, Łódź, Nawrot 13.
125. Piechowski A., Lublin, Narutowicza 13.
125. Piekucki Tadeusz, Poznań, Blok Remplewicza.
127. Piotrowska J., Wilno, Jagiellońska 10.
128. Przyłuski St., Warszawa, Chłodna 37.
129. Pyrka Manswet, Kraków, Karmelicka 6.
130. Rewerska Zenona, Warszawa, Marcinkowskiego 9.
131. *Dr. Radkovec, Brno.
132. Dr. Rossberger Salo, Jarosław, pl. Mickiewicza 14.
133. Rubieszewska Helena, Warszawa, Czackiego 6.
134. Rudnicka G.
135. Rutkowski Feliks, Poznań, Ratajczaka 14.
136. Rymarska Elżbieta, Inowrocław, Kr. Jadwigi 37.
137. Samoyska M., Kępno, Warszawska 64.
138. Skąpska M., Zakopane.
139. Skorpka-Adamczyk, Lublin, Czysta 4.
140. Skubiszewska, Poznań, Poliklinika U. P.
141. Dr. Skutecka-Linke Władysława, Poznań, Młyńska 9.
142. Smukalski Zbigniew, Poznań, św. Marcin 63.
143. Solnik Henryk, Kalisz, Piłsudskiego 11.
144. Spiżewski Jan, Poznań, Przecznica 3.
145. Stempniewicz Franciszek, Warszawa, Szopena 16.
146. Stępniewska-Chmielewska Z., Poznań, Marsz. Focha 80.
147. Stocka Eleonora, Nakło n/Wartą, Dąbrowskiego 14.
148. Strauchówna Wanda, Poznań, Poliklinika U. J.
149. Szapiro I., Warszawa, Karmelicka 7.
150. Szarkowska Łucja, Poznań, Półwiejska 19.
151. Doc. Dr. Szepelski Konrad, Warszawa, Nowy Świat 21.
152. Sztabholc H., Busko-Zdrój.
153. Syrtoft Janina, Grodno, Zielona 6.
154. Sunter Zofja, Łódź, Andrzeja 11.
155. Świderski Michał, Konin.
156. Szwarcówna R., Warszawa, Czackiego 6.
157. Tennenbaumówna E., Warszawa, Pawia 3.

---

* Učestnicy z Čechoslovacji.

158. Tamilin-Materowa Natalja, Piotrków, Słowackiego 10.
159. Ujejski Aleksander, Warszawa, Krucza 5.
160. Ulatowska Apolonja, Warszawa, Hołówki 3.
161. Wojtulewicz Marja, Polna 78.
162. Dr. Wawrzyniak M., Poznań, Ratajczaka 10.
163. Witkowska J., Łódź, Zamenhofa 4.
164. Wesołowska Marja, Warszawa, Nowy Świat 22.
165. Prof. Dr. Wilga Hilary, Warszawa, Kopernika 12.
166. Wiluczowa Cecylja, Warszawa, Chmielna 14.
167. Wolański Adam, Wilno, Wileńska 26.
168. Zabłocka-Znaniecka Marja, Inowrocław.
169. Zakrzewska B., Warszawa, Wielka 2.
170. Zawidzki Wincenty, Warszawa, Żórawia 6.
171. Zebrowska Halina, Kościerzyna, Rynek 5.
172. Żebrowska Halina, Chyby, poczta Swadzin, Wlkp.
173. Dr. Zeńczak Marjan, Warszawa, Marszałkowska 40/5.
174. Dr. Zydorowicz, Poznań.

REFERATY Z ČESKIEGO PIŚMIENNICTVA STOMATOLOGIČNEGO.

(Tekst polski)

PROTETYKA.

Dr. J. Mareš. Bezschodkove korony porcelanove. Zubni lekarstvi 1930/4.

Autor omavia korony porcelanove bez stopnia přy břegu šyjkovym vykonane według metody Le Groo.

Metoda ta zbliža się najbardziej do anatomičnych stosunków między zębiną a šklivem zęba. Pravie v 100% přypadków zachovuje się žyvą miazgę, dlatego, že preparuje się tu bardzo mało zdrovej zębiny v odróžnieniu od preparacji pod korony ze stopniem v okolicy šyjkovej.

Piervšym varunkiem jest doskonała znajomość anatomji jednokořeniovych zębóv. Přytem koniečnem jest zdjęcie roentgenovskie dla skontrolovania stosunków zębiny do miazgi.

Indykacje dla tego typu koron — nie są ješče sprecyzovane. Nadają się do tego předevšystkiem zęby osobników młodych, zęby złamane i dolne siekače každego wieku přez vzgląd na ich odpoviednią budovę anatomičną. Preparacja vymaga ščególnej dokład-

(Tekst česky)

PROTETYKA.

Dr. J. Mareš. Bezeschudkove korunky porcelanove. (Zubni lekařstvi 1930, č. 4).

Autor članku podava spravu o porcelanovych korunkach bez schudku na cervikalnim okraji korunky, zhotovenych podle metody Le Gro-ovy, kterou mèl přiležitost osobnè u autora poznati. Metoda ta vyznačuje se tim, že se přibližuje co nejvice anatomickym pomèrum mezi dentynem a sklovinou zubu. Uchova se tak temèř 100%-ni vitalita zubni dřenè, protože se zde odpreparuje velmi malo zdraveho dentynu, na rozdil od preparace pro korunku se schudkem na cerviksu. Prvnim předpokladem zdarne prace je zde ovšem dokonala znalost anatomie jednotlivych zubu. Mimo to však, nutno pořidit si roentgenovy snimek pomèru dřenè. Indykace tohoto typu korunek neni dosud zcela vyvinuta, uvadi se za vhodne v prvni řadè zuby mladych indyvidui, fraktury zubu a dolni řezaky každeho

(Tekst polski)

ności. Šklivo pod dziąsłem usuva się nařędziami do škliva. Vedlug Černyego stopnia się nie preparuje leč cały obvód zęba zmniejša się około ¾ mm z zachovaniem kštałtu zęba. Najvažniejšą řečą jest vycisk. Pierścień dokładnie dostosovany přy braniu vycisku vprovadza się około 1 mm pod dziąsło; dokładnie vedle vycisku vykonuje się model amalgamovy, który ma mieć kštałt přyšłej korony porcelanovej. Užyva się do tego najcieńšej folji platynovej. V końcu břegi korony porcelanovej šlifuje się dokładnie delikatnemi kamieniami karborundovemi.

Tą metodą uzyskujemy doskonałą rekonstrukcję kštałtu anatomičnego zęba bez narušenia vypustek miazgi v zdrovej zębinie i doskonałe přyleganie korony šciśle nad ligamentum circulare. Dr. Ervin Huller.

(Tekst česky)

věku, pro jejich anatomicke poměry. Preparace pahylu vyžaduje si určite peče. Sklovina pod gingivou snese se nastroji na sklovinu, podle Černeho, schudek se nevypreparuje, nybrž cely obvod zubu se zmenši o asi ¾ mm, při čemž zachova se pokud možno tvar zubu. Nejduležitejši fazi je otisknuti pahylu. Kroužek, přesně podle gingivy vystřiženy, se při otiskovani zatlači asi 1 mm pod gingivu a udava tak na pozdějšim amalgamovem modelu až kam se porcelanova kaše ma nanašeti. Platynove folie se uživa co možno nejtenči. Na konec se porculanove okraje jemnym karborundem ještě hladce přibrousi. Dosahneme touto metodou dokonalou rekonstrukci anatomickeho tvaru zubu, bez poškozeni dřeňovych vyběžku v zdravem dentynu a dokonaly, hladky uzavěr korunky, těsně nad ligamentem cirkulare. Dr. Ervin Huller.

ROENTGENOLOGJA.

Dr. C. Parma. Stereoskopja v stomatologji. Zubni lekařstvi 1930, 5.

Stereoskopja jest v dentystyce środkiem pomocničym dla orjentacji topografičnej. Naležy přytem pamiętać, že złą stroną roentgenogramu stereoskopovego jest okoličność, že rǒžnice barv i kštałtu předmiotu roentgenografovanego zaznačają się tutaj jako róžnice v gęstości. Zdjęcia roentgenovskie stomatologične musimy tu podzielić na dvie grupy. Do piervšej naležą přypadki, gdzie oś danego předmiotu i płaščyzna filmu są róvnoległe. Są to zdjęcia intraoralne dolnych molarów. Otřymujemy obraz ostry, róvnomiernie jasny, ale mało plastyčny z povodu zbytniej bliskości předmiotu i filmu. Drugą grupę najčęstšą stanovią přypadki, gdzie oś zęba i płaščyzna filmu tvořą kąt. Tutaj z povodu centralnej projekcji ščyty

ROENTGENOLOGIE.

Dr. Č. Parma. Stereoskopie v zubnim lekařstvi. (Zubni lekařstvi 1930, č. 5.)

Stereoskopie v zubnim lekařstvi je hlavně pomuckou při topograficke orientaci. Jest si třeba při tom uvědomiti, že roentgenogram neni pro stereoskopii zvlašt vhodnym, ježto rozdily jevi se pouze v hutnotě. Při pozorovani snimku stomatologickych musime tyto rozděliti na dvě skupiny.

Do prve skupiny patři připady, kde osa vyšetřovaneho předmětu a rovina filmu jsou rovnoběžne. To jsou enoralni snimky dolnich molaru. Dostaneme obrazek ostry, stejnoměrně jasny, ale malo plasticky pro přilišnou blizkost předmětu obrazeneho a filmu.

Druha skupina, četnějši, tyka se oněch připadu, kde osa zubu a rovina filmu jsou k sobě postaveny v ur-

(Tekst polski)
kořeni zvykle nie są dosyć ostro zaznačone. Te partje są większe, a odległość pomiędzy pojedynčemi częściami jest rövnież większa, a to vpłyva na plastyčność obrazu. Zdjęcia ekstraoralne nie mają v stereoskopji większego značenia. Vskazanie dla zdjęć stereoskopovych vidzi autor ve większych zmianach patologičnych ščęki. Mają one značenie račej dydaktyčne. Dla projekcji zdjęć stereoskopovych užyva anaglyfu jako metody jedynie tutaj odpoviedniej. Polega ona na tem, že dva obrazy uzupełniająco zabarvione układa się jeden na drugim i vykonuje się zdjęcie zapomocą uzupełniająco zabarvionych filtróv.

Dr. F. Jaroš.

(Tekst česky)
čitem uhlu. Zde nasledkem centralni projekce vzdalenějši hroty kořenove obyčejně nejsou dosti ostře zakresleny. Tyto partye neostře zakreslene jsou větši a vzdalenost mezi jednotlivymi častmi rovněž větši což pusobi plastičteji.

Snimky ekstraoralni nemaji většiho vyznamu.

Indykaci pro stereoskopii vidi autor v hrubšich patologickych změnach v čelistech a značny vyznam ji přičita po strance dydaktycke. K projekci stereosnimku uživa anaglyfu, jakožto metody zde jedině vhodne. Spočiva v tom, že dva obrazy komplementarně vhodnym zpusobem zbarvene se na sebe položi a pak se pozoruji při projekci komplementarně zbarvenymi filtry.

Dr. F. Jaroš.

HIGJENA.

Dr. B. Neumann: Plan systematyčnej organizacji opieki dentystyčnej uzębienia młodzieży školnej v R. Č. S. Zubni lekařstvi 1931, nr. 2.

Autor podzielił całą pracę na 3 rozdziały:

1. Konieczność školnej opieki dentystyčnej.
2. Sposoby lečenia.
3. Značenie systematyčnego pielęgnovania dziecięcego uzębienia.

Najpierv vyliča autor procentovo występovanie próchnicy, jako najbardziej rozpovšechnionej choroby kulturalnej ludzkości, i vskazuje na škodlive skutki próchnicy, a to ze względu na zdrovie (lokalne i całkovite: niedostatečne zużytkovanie niedostatečnie přežutego pokarmu, lokalna infekcja i inne), albo też ze strony gospodarčej (strata času i zmniejšenie zarobku, strata finansova i t. d.). Dzisiejša higjena dziecięcego uzębienia jest niedostatečną głóvnie z po-

HYGIENA.

Dr. B. Neumann. Navrh na systematickou organyzaci provaděni peče o dětsky chrup školni mladeže R. Č. S. Zubni lekařstvi 1931/2.

Autor si rozdělil celou praci ve tři odděleni 1. nutnost školni peče o chrup, 2. provedeni peče, 3. vyznam systematicke peče o dětsky chrup.

V prve stati autor percentualně vyjadřuje vyskyt kazu, jakožto nejrozšiřenějši nemoci kulturniho lidstva a poukazuje na škodlive nasledky zubniho kazu jednak po strance zdravotni (lokalni a celkove: zhoršene zaživani nasledkem špatneho rozmělnovani potravy, fokalni infekce a j.), jednak po strance hospodařske (ztrata pracovniho času a zmenšeny vydělek, finančni ztrata atd.). Dnešni peče o dětsky chrup je nedostatečna hlavně z duvodu technyckych a z nedosta-

(Tekst polski)
vodóv techničnych i z povodu niedostatečnego zrozumienia značenia zdrovego uzębienia.

V drugim rozdziale omavia autor sposoby pielęgnacji uzębienia u dzieci. V piervšym řędzie jest potřebną řečą zaprovadzić pravidłove i racjonalne badanie i pielęgnovanie uzębienia školnych dzieci (v ciągu kilku lat obejmie się cały materjał) i dbać usilnie o higjenę jamy ustnej. Organizacja tej systematyčnej sanacji uzębienia dałaby się zařądzić tak, žeby były zaprovadzone na sposób niemiecki okręgove dentystyčne ambulatorja, provadzone přez specjalistóv, któreby zajmovały się higjeną uzębienia školnych dzieci. V miejscovošciach mało zaludnionych mogłyby być zaprovadzone ruchome ambulatorja samochodove. Košty tej dentystyčnej opieki školnej pokryvaliby rodzice (přez dobrovolne datki), gminy, eventualnie poviaty, kasy chorych i państvo.

Zaprovadzenie oboviązkovej higjeny uzębienia dzieci jest konieczności, a o osiągnięcie tego povinien się starać každy kulturalny človiek.

Značenie opieki dentystyčnej školnej jest daleko sięgające ze vzględu na zdrovie, jak też ze vzględu socjalno-gospodarčego i kulturalnego.

Dr. Rotrekl.

(Tekst česky)
tečneho pochopeni duležitosti zdraveho chrupu.

V druhe časti zmiňuje se autor o provadčni peče o dětsky chrup. V prve řadě nutno zavest pravidelne postupne vyšetřovani a ošetřovani chrupu školnich děti (během několika roku obsahne se cely material) a dbati usilovně o hygienu ust. Organyzace teto systematicke sanace chrupu dala by se zařiditi, že by byla zřizena po spusobu německem okrskova zubni ambulatoria řizena odborniky, v nichž by byl povinně ošetřovan chrup školnich děti. V mistech řidši populace mohly by byti zavedeny pojizdne zubni ošetřovny. Naklad na tuto systematickou peči o chrup byl by hrazen rodiči (dobrovolne přispěvky), obcemi event. okresy, nemocenskymi pojišťovnami a statem.

Vyznam peče o dětsky chrup je dalekosahly jak po strance veřejnězdravotnicke tak socialně-hospodařske i kulturni. Zavedeni povinne peče o dětsky chrup je nutnosti, o jejiž dosaženi musi každy kulturni člověk bojovati.

Dr. Rotrekl.

PŘEGLĄD PIŚMIENNICTVA SERBSKO-CHORVACKIEGO.*

CHIRURGJA STOMATOLOGIČNA.

Kallay Juraj, Ljubljana. „Granulomi zubi i njihova kirurška terapija." Glasnik 1932/3, p. 103.

Zlokolica Slavko dr., Praha. „Tri slučaja dentitio difficilis kod starih osoba." Glasnik 1932/4, p. 132.

Kostečka prof. dr., Praha. „Hirurška terapija otvorene vilice." Glasnik 1932/6-7, p. 231.

Alkalay B. dr., Beograd. „O komplikacijama zagnojene vilične šupljine." Glasnik 1932/11-12, p. 388.

*) Podajemy tytuły prac autoróv sloviańskich z „Glasnika" 1932—1934 do nr. 5. vlącnie.

Kostečka Fr. prof. dr., Praha. „Dodatak etiologiji postekstrakcionog krvarenja." Glasnik 1932/11-12, p. 385.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Prognatija i kirurška terapija." Glasnik 1932/11-12, p. 399.

Körbler Juraj dr., Zagreb. „Liječenje malignih tumora usne šupljine." Glasnik 1934/3, p. 65.

Puljo A. dr., Beograd. „Prelomi donje vilice kod osteomijelitisa." Glasnik 1934/3, p. 72.

DENTYSTYKA ZACHOVAVČA.

Petrovic M. dr., Beograd. „Aseptično ili antiseptično lecenje zubnih korenova?" Glasnik 1932/11-12, p. 94.

Kalderon Jakov dr., Beograd. „Razna gledišta o načinu lečenja Pulpe." Glasnik 1932/2, p. 51.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Noviji nazori o konzerviranju zubi." Glasnik 1934/1, p. 1.

Berger Benedikt dr., Zemun. „Liječenje gangrene sa kalium-natrium po Schreieru." Glasnik 1934/2, p. 41.

PROTETYKA.

Hussar L., zubni techničar, Beograd. „Moje iskustvo sa Hekolitom." Glasnik 1932/1, p. 31.

Schnur dr., Yršac. „Savremena konstrukcija metalne proteze." Glasnik 1932/1, p. 22.

Kujundžić Vl. dr., Beograd. „O Kerrovoj metodi livenja." Glasnik 1932/2, p. 63.

Kujundžić Vl. dr., Beograd. „O porcelanu i njegovoj upotrebi u zubnom lekarstvu." Glasnik 1932/2, 56.

Laslo Ernest, Kragujevac. „Uzimanje otiska sa plastičnim masama po Kenedyu." Glasnik 1932/5, p. 171.

Jesenský Jan dr., Praha. „Novi pravac u zubnoj protetici." Glasnik 1932/4, p. 113.

Krečan Jaromir dr., Praha. „Porculanske inlaye." Glasnik 1932, 11-12, p. 405.

BAKTERJOLOGJA I HIGJENA.

Kallay Juraj, Ljubljana. „Da li je moguć sterilan rad u istima i kako?" Glasnik 1932/4, p. 126.

Kallay Juraj, Ljubljana. „Bakteriologija apexa." Glasnik 1932/8-9, 10, p. 304.

Petrovič Milivoje dr. „Stoma i nijena primena." Glasnik 1932/1, p. 33.

Puljo Djordje dr., Beograd. „Ishrana i zubno lekarstvo." Glasnik 1932/1, p. 28.

ORAL SEPSIS.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Ognjišna zubna zaraza." Glasnik 1934/2, p. 46.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Ognjišna zubna zaraza." Glasnik 1934/3, p. 78.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Ognjišna zubna zaraza." Glasnik 1934/5, p. 130.

Brenčič Lojze dr., Ljubljana. „Primer iridociklitide odontogenega izvora." Glasnik 1934/1, p. 7.

Brenčič Lojze dr., Ljubljana. „Primer fokalne infekcije izhajajoc od mlečnega zobovja." Glasnik 1934, p. 129.

PATOLOGJA I TERAPJA.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Neotropin u stomatologiji." Glasnik 1932/4, p. 135.

Jelinek J. V., dr., Beograd. „Stomatitis erosiva infectiosa." Glasnik 1932/8-9-10, p. 289.

Meštan Karel dr., Praha. „Cholesteatom mandibulae. "Glasnik 1932, 5, p. 175.

Meštan K. dr., Praha. „Multiplicet follikularne cyste." Glasnik 1932/3, p. 99.

ROENTGENOLOGJA I FIZYKOTERAPJA.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Rentgenološka terapija u stomatologiji." Glasnik 1932/1, p. 19.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Rentgenološka terapija u stomatologiji." Glasnik 1932/2, p. 59.

Kallay Juraj dr., Ljubljana. „Rentgenološka terapija u stomatologiji." Glasnik 1932/3, p. 94.

Letica Ljubomira, Praha. „Diatermija u stomatologiji." Glasnik 1932/5, p. 165.

ENDOKRINOLOGJA.

Logar Franče, Ljubljana. „Vpliv žlez z notranjo sekrecijo na razvoj zobovja." Glasnik 1934/4, p. 97.

PARODONTOZA.

Naprstek V. dr., Praha. „Prijedlog profilakse mariginalnog kamenca." Glasnik 1934/2, p. 33.

INSTRUMENTARJUM.

Konrad Martin, Varaždin. „Neprikladna konstrukcija nasih zubarskih stolaca kod lijecenja djece." Glasnik 1934/5, p. 146.

Kalendař zjazdovy.

1934. 8.—10. vřešnia II. Kongres stomatologičny Jugosłoviański v Bledzie koło Ljubljany (Jugosłavja).

1935. Vřesień. VII. Polski Zjazd stomatologičny v Warszawie.

Vyciečki do Jugosłavji.

Zařąd Ligi Polsko-Jugosłoviańskiej ve Lwowie podaje do viadomości członków, iż v bieżącym sezonie letnim (červiec, lipiec i sierpień) Związek Stovařyšeń Polsko-Jugosłoviańskich v Warszawie organizuje vyciečki turystyčne do Jugosłavji. Dzięki usilnym staraniom udało się uzyskać ulgove pašporty vyciečkove.

Vyciečka červcova trvać będzie od 17. červca do 7. lipca; lipcova: od 7.—30. lipca; sierpniova: od 4.—30. sierpnia. Całkovity košt vyciečki vraz z należytością pašportovą vyniesie od 600 do 800 zł.

Plan vyciečki červcovej představia się v skróceniu: Vyjazd 17. červca z Katowic; vyciečka podąży přez Budapešt do Splitu i zviedzi šereg interesujących punktóv jak Split i okolica. Następnie podąży statkiem do Dubrovnika, gdzie odbędzie się 10-dniowy pobyt. Povrót okrętem přez Zagřeb i Wiedeń. V programie vyciečki autobusove i morskie.

Zgłošenia na vyciečkę červcovą přyjmuje się do 6. červca v sekretarjacie Lwów, Mickievića 12 między godz. 17 a 18.

Zgłošenia na vyciečkę lipcovą oraz sierpniovą přyjmuje się najpóźniej do 20. červca. — Zgłašać należy się osobiście celem uzyskania ščegółovych informacyj i vłasnoręčnego vypełnienia odpoviednich formulařy.

Vydavca: Związek Słoviańskich Stomatologóv i Lekařy Dent.
Drukiem P. Mitręgi v Cieszynie.